

## 일 지역 농촌 노인의 뇌졸중 교육이 뇌졸중 지식정도에 미치는 효과

김 은 미<sup>1)</sup> · 홍 지 연<sup>2)</sup>

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

우리나라는 저출산을 동반한 고령화 사회이다. 통계청(2009)에 의하면 2010년 전체 인구 중 65세 이상 인구의 비율은 11.0%, 2050년에는 38.2%로 추정되고, 반면 2005년에서 2010년까지의 합계출산율은 1.13명으로 세계평균 2.56, 선진국 평균 1.64보다 낮은 수준이다. 노인인구의 증가는 건강문제를 가진 인구집단이 증가하여 국민의 건강수준이 저하된다는 문제와 더불어 생산인구 감소로 인한 사회적 부담의 증가라는 문제를 함께 드러내고 있다. 지역사회 건강수준에 영향을 주는 요인은 인구구성, 보건의료 인력 및 시설, 교육환경, 주택, 경제수준 등이 있다. 특히, 인구구성과 보건의료 인력 및 시설은 유의한 영향요인으로 지역 간 차이가 큰 것으로 확인되었다(박은옥, 2008). 농촌지역은 고령화 정도가 높고, 사회경제적 수준이 도시에 비해 낮아 노인의 건강문제가 지역사회 건강수준에 주요한 영향을 미치며 지역사회의 큰 부담으로 자리하고 있다.

인생의 황혼기를 맞은 노인의 경우는 신체적, 사회 심리적, 정신적으로 큰 변화를 경험하고, 빈곤과 사회적 역할상실, 고독, 소외 등의 사회 심리적 특성과 만성퇴행성 질환이나 장애를 가진 사람의 비율이 높다(정영혜, 2004). 사회경제적 수준이 건강에 미치는 영향은 다양한 연구를 통해 확인되고 있으며, 특히 경제수준과 교육

수준은 인간의 건강에 주요한 변수로 영향을 미친다.

우리나라 노인의 경제수준을 살펴보면 노인 가구 중 40.5%가 빈곤가구로 분류되고 전체 빈곤층의 31.4%가 노인가구임을 확인할 수 있고, 이는 IMF를 전후해서 변화되지 않는 현상이다. 노인인구집단은 전통적으로 대표적인 빈곤집단이었고 여전히 커다란 빈곤집단으로 존재한다(구인회, 2006). 낮은 경제수준에 비해 노인은 의료-사회적 취약대상자로서 보건의료에 대한 수요는 높으나 이에 대한 지원이 부족하여 미충족된 보건의료 수요가 있는 집단이라고 볼 수 있다(박상민, 2009).

전국민 건강보험과 취약계층을 위한 의료급여제도를 실시하고 있지만 제도의 사각지대에 놓인 노인들의 건강은 더욱 위협받을 수 있다. 사망신고자료와 국민건강영양조사를 연계한 연구에서 65세 이상 인구에 대해 분석한 결과에 따르면, 의료보장의 유형에 따른 차이가 사망위험을 높이는 요인으로 확인되었는데, 공교의료보험 대상자에 비해 건강보험 미적용자의 사망 위험은 4.72배 높았다(정최경희, 2009).

우리나라 60세 이상 노인의 사망원인을 순위별로 살펴보면, 1위 악성 신생물, 2위 뇌혈관질환, 3위 심장질환 등이다(통계청, 2008). 암을 제외한 뇌혈관질환과 심장질환은 가족력, 과거력, 생활습관 등 복합요인에 의한 만성질환으로 알려져 있다. 특히 뇌졸중은 심각한 장애를 남기는 대표적인 질환 중 하나인데, 발병 후 1개월 이내에 환자의 약 25%가 사망하며, 생존한 환자는 뇌병변 부위, 출혈량, 출혈의 파급양상에 따라 무의식, 정

1) 전남과학대학 간호과 조교수(교신저자 E-mail: roh5309@hanmail.net)

2) 영진전문대학 간호과 전임강사

신혼란, 편마비, 운동장애, 구음장애, 실어증, 연하곤란 등 다양한 장애를 나타낸다(한남이, 고은아, 황선영, 2009).

전남지역은 노인 인구가 전체 인구의 15.6% 수준으로 전국 노인 인구 8.9%의 약 2배 수준으로 고령사회에 진입하였으며, 특히, 곡성군의 경우 노인 인구가 차지하는 비율이 24.6%로 초고령 사회이다(곡성군, 2006). 전남지역 노인의 건강수준을 파악할 수 있는 통계청 자료를 살펴보면, 65세 이상 인구 중 식사, 배변 등 기초적인 일상생활의 장애를 의미하는 ADL 장애율을 시도별로 파악하였는데, 남자는 제주, 경남, 전남이 높으며, 여자는 전북, 전남이 높게 나타났다(통계청, 2009).

노인의 뇌졸중과 심근경색증은 발생 후 사망률이 높거나 심각한 후유증을 남겨 개인의 삶의 질을 낮추는 것은 물론 가족이나 지역사회의 부담을 증가시킬 수 있다. 특히 농촌지역에서 급성기 뇌졸중 환자가 발생할 경우 치료적 황금시간이라고 알려져 있는 3시간 내에 전문적인 치료를 받을 수 있는 의료기관에 도착하기 어려운 실정이다. 가족과 지역사회의 부담을 줄일 수 있는 최선의 효과적인 방법은 예방과 증상에 대한 인식을 높혀 뇌졸중에 대한 조기발견 및 조기치료이다. 또한 노인들은 연령의 증가로 인한 혈관의 노화 이외에도 고혈압, 당뇨, 고지혈증의 위험요인을 가지고 있는 경우가 많다(한남이 등, 2009). 따라서 제한된 지역사회 자원을 가진 농촌지역은 비용 효과성을 높이는 방안으로 뇌졸중, 심근경색증의 위험요인을 인식하고 조기에 대처하는 능력을 갖추 수 있도록 일상생활에서 활용될 실질적인 예방 교육의 필요성이 클 것으로 생각된다.

## 2. 연구 목적

본 연구는 5주간의 뇌졸중 예방교육프로그램이 농촌 노인의 뇌졸중 지식정도에 미치는 영향을 파악하기 위한 것이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 농촌 노인의 인구학적 특성을 파악한다.
- 2) 농촌 노인의 뇌졸중 지식정도를 파악한다.
- 3) 뇌졸중 예방교육이 대상자의 뇌졸중 지식정도에 미치는 영향을 파악한다.

## II. 연구 방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 전남지역 1개군 5개 마을에 거주하는 노인을 대상으로 뇌졸중 증상에 대한 5 회차의 교육을 통해 지식정도의 변화를 측정할 단일군 사전 사후설계를 사용한 원시실험연구이다.

### 2. 연구 대상 및 자료 수집 방법

본 연구는 전남지역 K군 5개 마을에 거주하고 있는 노인 87명을 대상으로 연구자로부터 연구 목적과 연구 방법에 대한 설명을 듣고 참여 동의를 확인한 후 실시되었다. 뇌졸중예방교육은 강의식 교육을 실시한 후 학습 효과를 촉진하기 위해 핵심적인 교육내용을 노래로 개사하여 교육 후 레크레이션과 함께 진행하였고 1회 소요시간은 1시간에서 1시간 30분이며, 주 1회 5주간 실시되었다.

대상자는 K군에 거주하는 노인으로서 본 연구의 목적을 이해하고 참여에 동의한 자료 면접 시 의사소통이 가능한 자로 선정하였다. 교육 프로그램은 2009년 7월부터 9월까지 주 1회 5주간 실시하였으며, 교육 전 후 뇌졸중에 대한 지식정도는 폐쇄형 질문도구로 Ennen(2004)이 전문가 내용타당도 검증과정을 거쳐 개발한 뇌졸중의 증상 20문항(실제 증상 10문항과 비 증상 10문항)과 위험요인 20문항(실제 위험요인 10문항과 비 위험요인 10문항)의 총 40문항의 구조화된 지식측정도구를 기반으로 한남이 등(2009)이 노인 인지능력과 우리 문화의 수준에 맞게 수정 보완한 뇌졸중 지식 척도를 이용하여 측정하였다. 본 연구는 간호대학 교수 2인과 연구보조원으로 대학원생 1인, 간호대학 3학년 학생 8명의 자원을 받아 연구자와 사전에 연구목적과 방법에 대한 논의 및 숙지를 하는 시간을 가졌다. 연구자와 훈련된 연구보조원 9명은 5개 마을 교육 참가자에게 연구의 필요성과 목적을 설명하고 참여에 대한 서면 동의를 받은 후 자료 수집을 실시하였다. 설문지 동의서와 설문 문항은 직접 기록하도록 하였으며, 기록하기 힘든 대상자에게는 설문지를 직접 읽어 주고 응답하도록 하였다. 연구 기간 동안 교육에 참가한 노인은 총 87명이었으나 사전사후설문에 응답한 55명을 조사하였고, 일부 문항에 불충분한 응답은 분석에서 제외시켰다.

### 3. 분석 방법

수집된 자료는 SPSS/PC 12.0을 이용하여 전산처리

하였다. 대상자의 일반적 특성과 뇌졸중 지식정도를 나타내는 정답률은 실수와 백분율로 산출하였고, 교육 전후 뇌졸중 증상에 대한 총 지식 점수의 차이 검정은 paired t-test로 분석하였다.

### III. 연구 결과

#### 1. 대상자의 인구학적 특성

연구 대상자의 성별은 남자가 11.8% 여자가 88.2% 이었고 평균연령은 67.3세였다. 대상자의 88%가 교육 수준이 중학교 학력 이하였으며, 그 중 52%는 초등학교 이하라고 응답하였다. 월평균 수입은 300만원 이하가 전체의 96% 차지하였고, 가족 동거 유형에서 혼자 사는 경우는 18%, 배우자와 함께 사는 경우 78%, 자녀와 함께 사는 경우 4%라고 응답하였다. 평상시 운동 실시 여부에 대한 질문에 응답자의 56%가 주 1-2회 이하의 운동을 실시하고 있었으며, 거의 매일 실시한다고 응답한 경우는 16% 수준이다(표 1).

〈표 1〉 대상자의 일반적 특성 (N=55)

특성	분류	수	백분율(%)
성	남성	6	11.8
	여성	45	88.2
	무응답	4	
교육수준	무학력	2	4.0
	≤초등학교	24	48.0
	≤중학교	18	36.0
	≤고등학교	4	8.0
	≥전문대학	2	4.0
	무응답	5	
월 수입(원)	<1 백만원	1	2.1
	1-3 백만원	45	93.8
	>3 백만원	2	4.2
	무응답	7	
동거유형	독거	9	18.0
	유배우자	39	78.0
	자녀와 함께	2	4.0
	무응답	5	
운동	하지 않음	6	12.0
	1-2 회/주	22	44.0
	3-4 회/주	14	28.0
	매일	8	16.0
	무응답	5	

#### 2. 뇌졸중 지식정도

뇌졸중 증상에 대한 지식정도는 9문항으로 구성되었으며, 갑작스러운 현기증, 한쪽 팔다리의 무감각과 쇠약, 갑작스러운 언어장애, 균형감각의 소실, 갑작스러운 혼란, 얼굴부위의 무감각과 쇠약, 원인불명의 심한 두통, 한쪽시력의 상실, 오심과 구토 등 이다.

문항별 사전사후 응답률은 다음과 같다. 교육 전 정답률이 낮은 문항은 오심과 구토 증상에 대한 응답으로 9명(16.4%)의 응답자가 답하였고, 다음은 갑작스러운 언어장애와 갑작스러운 혼란 15명(27.3%), 균형감각의 소실 18명(32.7%), 한쪽 시력의 상실 21명(38.1%), 얼굴부위 무감각과 쇠약 22명(40.0%) 등이었다. 교육 후 정답률의 변화를 문항별로 살펴보면, 갑작스러운 현기증에 대해 44명(80.0%)이 응답하였고, 한쪽 팔 다리 무감각과 쇠약에 대한 응답자는 40명(72.7%), 갑작스러운 언어장애에 대한 응답자는 45명(81.8%), 균형감각 소실에 대한 응답자는 39명(70.9%), 갑작스러운 혼란에 대한 응답자는 45명(81.8%), 얼굴부위의 무감각과 쇠약의 응답자는 42명(76.4%), 원인불명의 심한 두통의 응답자는 39명(70.9%), 한쪽 시력의 상실에 대한 응답자는 33명(60.0%), 오심과 구토에 대한 응답자는 24명(43.6%)이었다(표 2).

〈표 2〉 뇌졸중 지식정도에 대한 응답률 (N=55)

뇌졸중 지식정도	사전조사 응답률 사후조사 응답률	
	(%)	(%)
갑작스러운 현기증	25(45.5)	44(80.0)
한쪽 팔다리 무감각과 쇠약	26(47.3)	40(72.7)
갑작스러운 언어장애	15(27.3)	45(81.8)
균형감각 소실	18(32.7)	39(70.9)
갑작스러운 혼란	15(27.3)	45(81.8)
얼굴부위의 무감각과 쇠약	22(40.0)	42(76.4)
원인불명의 심한 두통	22(40.0)	39(70.9)
한쪽 시력의 상실	21(38.1)	33(66.0)
오심, 구토	9(16.4)	24(43.6)

#### 3. 교육 전후 뇌졸중 지식정도의 변화

오심, 구토에 대한 사전조사(16.4%)와 사후조사(43.6%) 연구결과 정답률이 유의하게 증가하였으나 사후조사 시에도 9문항 중 가장 낮은 정답률을 나타내고 있었다. 더불어 뇌졸중 지식에 대한 교육 프로그램을 5주 동안 실시한 후 9문항 전체에 대한 평균값을 살펴보면, 사전 평균값은 0.35이었고, 사후 평균값은 0.85 (p<.001)로 나타나 지식수준이 유의하게 상승하였음을

확인할 수 있었다(표 3).

<표 3> 교육 후 뇌졸중 지식정도의 변화 (N=55)

	사전조사 평균치	사후조사 평균치	t-value	p-value
뇌졸중 지식정도	0.35	0.85	2.90	0.001**

\*\*p<.001

#### IV. 논 의

본 연구는 전남지역 1개 군에 거주하는 노인들을 대상으로 실시한 뇌졸중 예방교육의 효과를 조사하였으며, 농촌 지역 노인으로 교육에 참가한 87명 중 사전사후 조사에 응답한 55명을 대상으로 뇌졸중 예방교육이 뇌졸중 지식정도에 미치는 효과를 파악하여 농촌지역 노인 대상자에 대한 보건교육 효과에 관한 기초자료를 제시하고자 실시되었다.

장미경(2003)의 노인의 뇌졸중 지식 및 교육요구도 연구를 살펴보면, 대구지역에 거주하는 노인 184명을 대상으로 뇌졸중에 대한 지식과 교육 요구도를 조사하였는데, 뇌졸중에 대한 지식을 질환의 특성과 위험요인, 대처방법, 증상 등으로 구분하여 조사하였고 그 중 뇌졸중 증상에 대한 지식정도가 가장 낮게 나타났으며, 교육 요구도는 뇌졸중 증상에 대한 요구도가 가장 높게 나타났다. 대상자의 일반적인 특성은 본 연구결과와 유사하게 여성노인의 비율이 높았고, 배우자와 거주하는 동거유형이 가장 많은 비중을 차지하였다. 뇌졸중 지식 및 교육 요구도는 혼자 사는 여성 노인에게서 높은 교육 요구도를 확인할 수 있었다. 본 연구 결과와 비교하여 여성 노인이 차지하는 비율이 높은 것과 동거유형은 유사하였지만, 뇌졸중에 대한 지식 수준은 장미경의 연구결과 70.2%로 본 연구의 사전조사 결과보다 높게 나타났으며, 이는 도시지역에 거주하는 노인대상자와 농촌지역에 거주하는 대상자의 사회경제적 수준의 차이라고 추정할 수 있다.

한남이 등(2009)의 노인의 뇌졸중 증상과 위험요인에 대한 지식 정도 연구에 의하면, 연구대상자는 뇌졸중과 관련된 건강문제가 발생하여 병원을 찾은 노인을 대상으로 실시되었다. 뇌졸중증상에 대한 지식을 묻는 문항의 응답률을 살펴보면, 쓰러짐(36명, 18.0%), 전신 또는 반신마비(25명, 12.0%), 어지러움(14명, 7.0%), 두통(9명, 4.5%), 언어장애(8명, 4.0%), 오심과 구토(4명, 2.0%), 의식의 혼미(2명, 1.0%), 시력장애(1명, 0.5%),

및 한쪽사지의 힘 빠짐(1명, 0.5%)의 순으로 응답하여 본 연구의 결과와 비교하여 다소 낮은 인식수준이었다. 이는 황선영의 연구대상자가 질병을 가지고 병원을 방문한 노인대상자이므로 본 연구의 대상자와 같은 수준으로 보기 어려운 점은 있으나 이미 건강문제가 발생한 대상자가 일반 노인에 비해 뇌졸중에 대한 지식 수준이 저조한 것을 판단할 수 있는 기초자료가 될 수 있다.

유사한 연구로 박범식(2002)의 안산 시민의 뇌졸중에 관한 인식도 연구를 살펴보면, 연구대상자가 도시에 거주하고 평균연령이 46.6±14.3세로 본 연구의 대상자인 농촌 지역에 거주하며 평균연령 67.3세의 경우와 다소 차이가 있다. 노인 대상자의 뇌졸중 인식에 대한 기존 연구 문헌이 많지 않아 전반적인 뇌졸중 증상에 대한 인식 정도를 파악하기 위하여 박범식(2002)의 연구결과를 살펴보면, 학력이 높을수록, 연령이 낮을수록 뇌졸중에 대한 지식 수준이 유의하게 높았다. 본 연구 대상자는 농촌지역의 노인으로 대상자의 52%가 초등학교 이하의 학력 수준을 나타냈고, 평균연령이 67.3세로 교육 프로그램이 수행되기 전의 뇌졸중 증상에 대한 지식 수준은 박범식의 연구 대상자와 직접적으로 비교할 수는 없지만 연령이 높고, 학력 수준이 상대적으로 낮아 뇌졸중에 대한 지식정도가 낮을 것으로 판단된다.

허지희(2000)의 허혈성 뇌졸중 환자의 병원도착시간과 뇌졸중에 대한 인식에 대한 연구에 의하면, 환자와 보호자들의 뇌졸중에 대한 인지도 및 인식정도는 50% 수준으로 본 연구의 대상자의 수준에 비해 높은 것으로 판단되지만 뇌졸중 발생 후 치료적 황금시간으로 알려진 3시간 이내에 도착한 환자는 약 20% 수준이었다. 발병 후 하루 내에 내원한 환자 역시 50%에 불과해 의료진의 '빨리'의 개념과는 차이가 있는 것으로 나타났다. 특히 뇌졸중 발생 고위험집단인 노인 대상자의 경우 증상에 대한 인식을 높이는 교육과 더불어 대처능력을 높일 수 있는 방안이 모색되어야 할 것이다.

노인의 일상생활능력에 영향을 주는 요인으로 연령이 높을수록, 교육수준이 낮을수록, 뇌졸중, 요실금, 당뇨, 관절염, 폐암이 있을 때 더 의존적이며, 특히 뇌졸중의 경우 일상생활능력 의존의 차이가 두드러지게 나타난다(정지연, 2009). 뇌졸중은 일단 발생하게 되면 재발률이 높은 질환이다. 뇌졸중 발병 초기에 재발방지를 위한 임상적 치료와 위험요인을 제거하는 노력이 반드시 필요하며 더불어 관련 지식에 대한 교육을 포함한 다양한 중재가 대상자의 일생동안 지속적으로 계속되어야 한다(장상

현, 2002).

우리 사회의 양극화의 한 단면인 건강 불평등 문제가 사회적 문제로 부각되고 있다. 교육수준, 직업계층, 소득수준, 재산 등과 같은 사회경제적 위치에 따른 건강상의 차이를 건강형평성 또는 건강불평등이라고 정의한다(한국건강형평성학회, 2007). 뇌졸중은 사망률은 감소하고 있으나 유병률은 증가하는 경향을 갖고 있어 발생 예방을 위한 주요 위험요인의 관리가 중요하다. 아울러 사회경제적 수준의 차이에 따른 유병률의 차이가 크고, 지속되고 있기 때문에 예방 전략에 있어서 이러한 고위험 인구집단에 대한 충분한 고려가 필요하다(한국보건사회연구원, 2007). 농어촌지역의 생활여건 및 보건복지서비스 개선을 위한 노력들이 이루어져왔으나, 여전히 사회복지 시설이나 프로그램들이 도시지역 위주로 이루어지고 있어 농어촌 지역 보건복지 수준은 양적, 질적으로 도시지역에 비해 상대적으로 취약하다(한국보건사회연구원, 2004). 뇌졸중과 관련된 건강문제에 취약한 대상으로서 대표적인 인구집단이 농촌지역에 거주하는 여성 독거 노인들이다. 전남지역은 인구 구성에 있어서 노인인구의 비율이 높고 농업이 주요 경제활동을 차지하고 있어 사회경제적 수준이 타 지역에 비해 낮은 수준이다. 노인이 인간다운 생활을 영위하면서 소속된 가족 및 지역사회에 적응하고 통합되도록 필요한 자원을 제공하여 활기찬 노후 생활을 보장하는 것을 목표로 하는 노인복지정책은 새로운 전기를 맞고 있다(임미영, 2001). 전남지역 노인 인구의 사망원인 중 악성 신생물을 제외하고 가장 많은 부분을 차지하는 뇌졸중과 심근경색증은 사망률도 높고, 다행히 생존하더라도 개인이나 가족, 지역사회의 도움이 많이 필요로 하고, 국민의료비 증가 등 경제적 부담이 큰 건강문제이다. 또한 보건교육은 예방을 위한 건강관리 프로그램 중 비용효과가 큰 건강증진기법이다. 김혜정(2009)의 지역사회 노인들의 건강정보에 대한 관심도 및 이용행태 연구에 의하면, 노인들이 건강정보를 가장 많이 얻는 정보원 및 평소 유익하고 도움이 많이 된다고 생각하는 정보원은 대중매체였고, 가장 신뢰하는 곳은 종합병원이었다. 농촌지역 노인 대상자들에게 뇌졸중에 대한 인식도를 높일 수 있도록 다양한 측면의 교육기회와 프로그램이 제공되어야 할 것으로 판단된다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 전남지역 1개 군에 거주하는 노인을 대상

으로 뇌졸중 교육을 실시한 후 지식정도의 변화를 측정하여, 농촌지역 노인대상자의 보건교육 프로그램 개발에 기초자료를 제시하고자 실시되었다. 교육 프로그램은 2009년 7월부터 9월까지 5주간 실시되었으며 교육참가자 총 87명 중 사전사후 측정에 응답한 55명의 면접조사결과를 분석하였다. 연구결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 평균연령은 67.3세였으며, 88.2%가 여성이었다. 교육수준은 52%가 초등학교 이하의 학력이었고, 월평균수입은 96%가 300만원 이하였으며, 동거 유형은 배우자와 함께 사는 경우가 78%이었다.
2. 뇌졸중 지식정도를 파악하기 위한 사전사후 조사결과 문항별 응답률의 변화를 살펴보면, 갑작스러운 현기증에 대한 응답률은 45.0%에서 80%로, 갑작스러운 언어장애에 대한 응답률은 27.3%에서 41.8%로, 균형감각의 소실에 대한 응답률은 32.7%에서 70.9%로, 한쪽 팔다리 무감각과 쇠약에 대한 응답률은 40.0%에서 76.4%로, 갑작스러운 혼란에 대한 응답률은 27.3%에서 81.8%로, 얼굴부위 무감각과 쇠약에 대한 응답률은 40.0%에서 76.4%로, 원인불명의 심한 두통에 대한 응답률은 40.0%에서 70.9%로, 한쪽 시력의 상실에 대한 응답률은 38.1%에서 66.0%로, 오심과 구도에 대한 응답률은 16.4%에서 43.6%로 변화되었음을 확인하였다.
3. 교육 후 뇌졸중 지식정도의 변화를 파악하기위한 사전사후 평균치는 0.35에서 0.85수준으로 향상되었다.

이상의 연구결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

향후 농촌지역은 노인인구의 분포가 더욱 증가할 것으로 판단되고 전남지역은 현시점에서 초고령사회로 진입한 지역사회가 많다. 이들은 우리 사회의 새로운 정치적 세력으로 자리매김하여 시니어 유권자로서 회색파워(grey power)를 형성할 것이고 이들의 주 관심은 건강한 노후에 중심이 될 것이다(김현진, 2004). 앞으로 노인인구로 유입되는 인구집단은 현재의 노인보다 사회경제적 수준과 교육 수준이 나올 것이라는 작은 희망도 있지만, 사회적 부담이 크고 대표적인 만성퇴행성 질환인 뇌졸중에 대한 노인의 지식이 증가하여 스스로 건강을 관리할 수 있도록 하여야 한다. 현재의 노인 집단의 인구학적 사회경제적 수준이 과거의 노인집단과 같을 수 없듯이 10년 혹은 20년 후 노인 집단 역시 그들만의 특성을 나타낼 것이다. 본 연구의 결과가 전남지역 여성 독거노인들의 뇌졸중 교육프로그램 개발 및 교육기회 증

가에 유익한 자료로 활용되기를 기대해 본다. 본 연구는 일 지역 농촌노인을 대상으로 수행한 결과이므로 전체 노인들을 대상으로 적용하기에는 한계가 있다.

## 참 고 문 헌

곡성군 (2006). 제4기 지역보건의료계획. 곡성군.  
 구인회 (2006). 한국의 소득 불평등과 빈곤. 서울대학교 출판부. 서울.  
 김현진 (2004). 고령화의 사회정치적 영향-한국과 일본의 경우. *사회연구 통권7호*, 81-97.  
 김혜정, 조희경, 권혁규, 도현진, 오승원, 임열리, 최재경, 권혁중, 조동영 (2009). 지역사회 노인의 대중매체 건강정보에 대한 관심도 및 이용행태. *가정의학회지*, 30(6), 426-439.  
 박범식, 이종문, 고성범, 김병조, 박민규, 박건우, 신철, 이대희 (2002). 안산 시민의 뇌졸중에 관한 인식도. *대한신경과학회지*, 20(4), 339-345.  
 박상민 (2009). 의료-사회적 취약대상자를 위한 일차의료. *가정의학회지*, 30(2), 91-97.  
 박은옥 (2008). 지역사회 보건사회지표를 이용한 지역 사회 건강수준 관련 요인 분석. *지역사회간호학회지* 19(1), 13-26.  
 임미영, 유호신 (2001). 전국저소득층노인의 보건의료이용과 영향요인 분석. *지역사회간호학회지*, 12(3), 589-599.  
 장미경 (2003). 노인의 뇌졸중의 지식 및 교육요구도. 이화여자대학교 석사학위논문.  
 장상현, 강복수, 이경수, 김석범, 윤성호 (2002). 뇌졸중환자의 발병 전후 건강행위의 변화. *한국농촌의학회지*, 27(1), 9-19.  
 정영혜 (2004). 농촌 노인의 건강실태-나주시를 중심으로. *사회연구 통권7호*, 149-167.  
 정지연, 김준수, 최현정, 이가영, 박태진 (2009). 한국 노인의 일상생활 수행능력 및 도구적 일상생활 수행 능력과 관련된 요인. *가정의학회지*, 30(5), 598-609.  
 정최경희 (2009). 한국의 사회경제적 사망불평등 실태와 과제. *보건복지포럼* 3월호, 5-14.  
 통계청 (2009). 세계 및 한국의 인구현황. 서울.  
 통계청 (2008). 2007년 사망 및 사망원인통계결과. 서울.  
 통계개발원 (2008). 한국의 인구주택(인구주택총조사

종합분석보고서). 서울.  
 한국건강행태학회 (2007). 건강 행태성 측정방법론. 한울아카데미. 서울.  
 한국보건사회연구원 (2007). 국민건강영양조사 제3기 조사결과 심층분석 연구: 건강면접 및 보건의식부문. 서울.  
 한국보건사회연구원 (2004). 중장기 농어촌 보건복지 증진방안. 정책보고서 2004-54. 서울.  
 한남이, 고은아, 황선영 (2009). 노인의 뇌졸중 증상과 위험요인에 대한 지식정도. *성인간호학회지*, 21(3), 314-323.  
 허지희, 천화영, 남정모, 김동찬, 김경환, 이병인(2000). 허혈성 뇌졸중 환자의 병원도착시 간과 뇌졸중에 대한 인식. *대한신경과학회지*, 18(2), 125-131.

- Abstract -

## Effect of Stroke Health Education on Knowledge of Stroke for Rural Elders

Kim, Eun-Mi<sup>1)</sup> · Hong, Ji-Yeon<sup>2)</sup>

**Purpose:** This study was conducted to test the effect of a 5 weeks health education program on stroke for rural elderly people.  
**Methods:** A total of 55 rural elders in Kok Sung County were participated in the health education on stroke program. Descriptive statistics, and paired t-test were used for statistical analysis with SPSS 12.0. **Results:** The results are summarized as follows : Mean age was 67.3 years and 88.2% of participants were female. The mean pre-test scores for knowledge of stroke were 0.35 and post-test, 0.85 (p< .001). Percentage of accurate response rates of warning signs of stroke were sudden dizziness pre-test 45.5% post-test 80.0%, sudden trouble speaking or understanding, pre-test 27.3% post-test 41.8%, sudden trouble

1) Department of Nursing, Chunnam-Techno College

2) Department of Nursing, The College of Young Gin

walking, loss of balance or coordination, pre-test 32.7% post-test 70.9%, sudden numbness or weakness of the arm or leg, especially on one side of the body, pre-test 47.3% post-test 72.7%, sudden confusion, pre-test 27.3% post-test 81.8%, sudden numbness or weakness of the face especially on one side of the body, pre-test 40.0% post-test 76.4%, sudden severe headache with no known cause, pre-test 40.0% post-test 70.9%, Sudden trouble seeing in one or both eyes, pre-test 38.1% post-test 66.0%,

nausea or vomiting pre-test 16.4% post-test 43.6%. The increases after the health education on stroke were statistically significant.

**Conclusions:** Health education on stroke for rural elderly people are needed and should focus on community health care programs, especially for those who are older, had a low level of education, and low socio-economical status.

**Key words :** Elderly, Knowledge, Stroke